



Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na Udzielenie Świadczeń Zdrowotnych (SWKO)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ W
DZIEDZINIE REHABILITACJI MEDYCZNEJ PEŁNIĄCEGO ROLĘ KOORDYNATORA DZIAŁAŃ
MEDYCZNYCH, W PROJEKCIE ROBO.NZL PN. "ROZSZERZENIE DOSTĘPNOŚCI ROBOTYCZNIE
WSPOMAGANEJ DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ I REHABILITACJI DZIECI I MŁODYCH
DOROSŁYCH Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM I INNYMI ZESPOŁAMI PORAŻENNYMI NA
TERENIE WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO" W ORTOPEDYCZNO – REHABILITACYJNYM
SZPITALU KLINICZNYM IM. WIKTORA DEGI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA
MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU.**

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko telefon.....

e-mail.....

adres: kod..... miejscowość.....

ulica.....nr.....

PESEL NIPREGON.....

Numer prawa wykonywania zawodu

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

Specjalizacja (nazwa i stopień)

Numer rachunku bankowego do przelewu wynagrodzenia, w przypadku zawarcia umowy:

.....

Powyższy numer telefonu oraz adres e-mail wskazuję jako środki komunikacji przeznaczone do porozumiewania się ze mną przez Udzielającego Zamówienia w toku Konkursu ofert. Oświadczenia, wezwania i informacje przekazane za pośrednictwem jednego ze wskazanych środków uznaję za skutecznie złożone mi przez Udzielającego Zamówienia.

2. Zakres świadczeń

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej pełniącego rolę koordynatora działań medycznych**, w projekcie ROBO.NZL.

.....

Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej pełniącego rolę koordynatora działań medycznych**, w projekcie ROBO.NZL realizowanym przez Szpital, od dnia 2.10.2023 r. do dnia 30.11.2026 r. z zastrzeżeniem, że przypadku uzyskania dofinansowania projektu po dniu 2.10.2023r. rozpoczęcie udzielania przeze mnie świadczeń zdrowotnych nastąpi nie wcześniej niż w dniu wystąpienia powyższej okoliczności.

.....

Data i podpis

4. OFERTA

4.1. Deklaruję wynagrodzenie w wysokości..... zł **brutto*** za godzinę pracy.

**należy przez to rozumieć stawkę brutto wraz z pełnymi kosztami Udzielającego Zamówienia, związanymi z zatrudnieniem Oferenta.*

4.2. Moje doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowniczym w ośrodku rehabilitacji dziecięcej wynosi:.....

(proszę wskazać pełne lata, licząc do dnia złożenia oferty)

4.3. Moje doświadczenie zawodowe w rehabilitacji wspomaganiej technologicznie wynosi:.....

(proszę wskazać pełne lata licząc do dnia złożenia oferty)

4.4. Moje doświadczenie zawodowe w rehabilitacji dziecięcej wynosi:.....

(proszę wskazać pełne lata licząc do dnia złożenia oferty)

.....

Data i podpis

5 OŚWIADCZENIA:

5.1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej pełniącego rolę koordynatora działań medycznych w projekcie ROBO.NZL (stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO)**, i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....

Data i podpis

5.2. Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....

Data i podpis

5.3. Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym **Załącznik nr 2** do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....

Data i podpis

5.4. Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....

Data i podpis

5.5. * Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 2 do SWKO.

.....

Data i podpis

**dotyczy Oferentów, którzy nie posiadają umowy ubezpieczenia OC, aktualnej na dzień składania Ofert.*

5.6. Oświadczam, że wszystkie kserokopie dokumentów załączonych do niniejszej oferty, które nie są wydrukiem elektronicznym nie wymagającym podpisu, są zgodne z oryginałami.

.....

Data i podpis

5.7. Oświadczam, że jestem zaszczepiony/na przeciwko WZW.

.....

Data i podpis

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Kopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową:
 - a. Dyplom,
 - b. prawo wykonywania zawodu,
 - c. zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji umowy,
 - d. Kopię umowy OC,
 2. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług potwierdzający spełnienie wymagań określonych w SWKO – CV
-